

MORBIDITE MATERNELLE ET MODALITES THERAPEUTIQUES DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'HEMATOME RETROPLACEMENTAIRE AU CHU DAKAR

MG BA, EO FAYE, F KPEKPEDE, A DRAVE, P MANIKASSE, A FOTSO, F DIADHIOU
Clinique de gynécologie-obstétrique CHU A le Dantec, Dakar, Sénégal
Correspondances : Dr Mariame Gueye Ba MD, MPH BP 6880 Dakar Fann, Sénégal

RESUME

Objectifs

Evaluer la morbidité maternelle au cours de l'hématome rétroplacentaire (HRP) et les modalités thérapeutiques en salle de travail.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude rétrospective menée à la clinique de Gynécologie et d'Obstétrique du CHU le Dantec de Dakar pendant une année. L'ensemble des dossiers des parturientes ayant fait un hématome rétroplacentaire (HRP) a été colligé soit un total de 69 dossiers. Les données en rapport avec les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques ont été étudiées.

Résultats

Les patientes avaient un âge moyen de 28,82 ± 6,63 ans et une parité moyenne de 4 ± 3 enfants. Au total, 59,4% des patientes étaient reçues dans un contexte d'urgence, évacuées de la banlieue et 28,8% avaient fait 3 consultations prénatales et plus. L'hypertension artérielle antérieure à la grossesse avait été dépistée dans 17,1% des cas et 20% des patientes présentaient une toxémie gravidique. La césarienne pour sauvetage maternel avait été faite dans 11,6% et dans 88,4% les patientes avaient accouché par voie basse. La morbidité maternelle était surtout dominée par une spoliation sanguine et une anémie aigue qui existait chez 83,3% des patientes. La transfusion sanguine avait été pratiquée dans 56,6% des cas. Une hystérectomie d'hémostase avait été faite pour atonie utérine et une patiente avait bénéficié d'une hémodialyse pour insuffisance rénale aigue. La létalité due à l'HRP était de 8 décès soit 11,5% par rapport à l'ensemble des patientes. Les causes de décès étaient le choc hémorragique (5 cas) et la coagulopathie (3 cas).

Conclusion

L'hématome rétroplacentaire est une pathologie obstétricale qui met en jeu le pronostic maternel et fœtal. Une attitude thérapeutique appropriée s'appuyant sur la césarienne d'urgence même devant une mort fœtale pourrait améliorer le pronostic maternel.

MOTS CLES : HRP, Morbidité, Modalités thérapeutiques, Pronostic.

INTRODUCTION

L'hématome rétroplacentaire (HRP) ou le décollement prématuré du placenta normalement inséré est un accident paroxystique qui menace le pronostic maternel et fœtal. Il constitue une urgence majeure en pathologie obstétricale et demeure la deuxième cause de mortalité maternelle au CHU de Dakar après les hémorragies de la délivrance (4). Sa survenue nécessite une réanimation appropriée et une prise en charge

ABSTRACT

Objectives

To study maternal morbidity related to abruptio placentae (HRP) and its management during delivery.

Methodology

It was a retrospective study held during one year in the Obstetrics and Gynecology Clinic at the University Teaching Hospital le Dantec of Dakar. From the 69 records of patients who had been faced abruptio placentae, the sociodemographical and clinical characteristics were studied as well as the treatment applied

Results

The mean age of the patients was 28.82 ± 6.63 years and the mean parity was 4 ± 3 children. At all, 59.4% of the patients were received in emergency care coming from the suburbs and 28.8% had done 3 prenatal consultations. Hypertension prior to pregnancy was seen in 17.1% cases and 20% of the patients presented toxemia. Caesarean section was performed in 11.6% and 88.4% of the patients had vagina delivery. Maternal morbidity was mainly related to haemorrhage and anaemia in 83.3%. Blood transfusion was performed in 56.6%. One hysterectomy due to haemorrhage was done and one patient had hemodialyse for kidney weakness. Lethality linked to abruptio placentae was 8 maternal deaths leading to a proportion of 11.5%. The leading causes of death were haemorrhage (5 cases) and coagulopathy (3 cases).

Conclusion

Abruptio placentae is an obstetrical pathology which compromises maternal and foetal prognosis. Appropriate therapies of which caesarean section even if foetal death is diagnosed could improve the prognosis.

KEYWORDS : Abruptio, Placentae, Morbidity, Therapeutic means, Prognosis

adaptée afin d'améliorer le pronostic. Le but de cette étude est d'évaluer la morbidité maternelle liée à l'HRP ainsi que les modalités thérapeutiques au CHU de Dakar.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive sur une durée d'une année à la Clinique de Gynécologie et d'Obstétrique du CHU Le Dantec de Dakar. Au cours de cette période, 69 dossiers de femmes traitées pour hématome rétroplacentaire avaient été colligés. Les paramètres en rapport avec les caractéristiques sociodémographiques, les

données cliniques au cours du suivi de la grossesse, l'issue de la grossesse, les modalités thérapeutiques ainsi que le pronostic maternel et foetal avaient été étudiées. L'analyse statistique avait été faite par Epi Info version 6.

RESULTATS

1. Aspects épidémiologiques

Tableau 1 : Répartition des patientes en fonction de l'âge

Age	Nombres	%
< 19 ans	4	5,8
20-29 ans	34	49,3
30-39 ans	24	34,8
>=40 ans	5	7,2
Non déterminé	2	2,9
Total	69	100

Le tableau 1 illustre la répartition des patientes selon l'âge. L'âge moyen de nos patientes était de 28,82 ± 66,63 ans, avec des extrêmes de 17 et 45 ans. La parité moyenne était de 4 ± 3 enfants et les primipares représentaient une part non négligeable avec 33,3% (tableau 2).

Tableau 2 : Répartition des patientes en fonction de la parité

Parité	Nombres	%
I	23	33,3
II-III	10	14,5
IV-V	18	26,1
>=VI	18	26,1
Total	64	100

Plus de la moitié des patientes (59,4%) était évacuée en urgence provenant de la banlieue et 8,7% provenaient des régions comme l'indiquent le tableau 3.

Tableau 3 : Répartition des patientes en fonction de l'origine géographique

Origine	Nombre	%
Dakar	22	31,9
Banlieue	41	59,4
Régions	06	08,7
Total	69	100

Un suivi prénatal n'avait pas été effectué chez 28,7% des patientes, 40,9% avaient 1 à 2 consultations prénatales et 28,8% en ont effectué 3 (tableau 4).

Tableau 4 : Répartition des patientes selon les consultations prénatales (CPN)

Parité	Nombre	%
0	19	28,7
1-2	27	40,9
>=3	19	28,8
non précisé	04	01,6

Les antécédents d'hypertension artérielle avaient été notés dans 17,1% des cas et 20% des patientes présentaient une hypertension artérielle contemporaine à la grossesse.

A l'admission, 62,3% des patientes étaient reçues pour douleurs abdominales associées à des hémorragies génitales. Le choc hypovolémique était noté chez 14,5% des patientes.

Le diagnostic d'HRP était franc et posé dès l'admission dans 82,6%. Cependant, dans 17,4% le tableau clinique était frustré et le diagnostic était rétrospectif, posé à l'expulsion du délivre.

La mort foetale avait été diagnostiquée dès l'entrée dans 83,8% et dans 16,2% le fœtus était vivant. En période néonatale précoce, 3 nouveau-nés étaient restés vivants soit 4,4%.

2. Modalités thérapeutiques et complications

Habituellement, une fois le diagnostic d'HRP posé, la rupture artificielle des membranes, un traitement à base d'antispasmodiques suivi d'ocytociques était de règle avec parallèlement la mise en place de mesures de réanimation.

L'accouchement par voie basse était effectué dans 88,4% des cas. Cependant 11,6% des patientes avaient bénéficié d'une césarienne pour sauvetage maternel. Dans l'ensemble, le délai moyen entre l'admission et la délivrance était de 14 heures. L'expulsion était toujours accompagnée d'une spoliation sanguine avec un poids de caillots variant entre 150 et 2 000 g. L'anémie aiguë avait été notée dans 83,3% des patientes. Au total, 37 patientes soit 56,62% étaient transfusées en perpartum et en post partum pour corriger la spoliation sanguine. Une hystérectomie d'hémostase avait été pratiquée pour atonie utérine. Sur le plan rénal, une hémodialyse avait été effectuée pour insuffisance rénale aiguë.

La létalité due à l'HRP était de 8 décès maternels soit 11,5%. Parmi ces décès, 5 cas étaient survenus moins de 24 heures après l'accouchement et 3 cas suite à une césarienne pour sauvetage maternel. Les causes de décès étaient le choc hémorragique dans 5 cas et la coagulopathie dans 3 cas.

Une prise en charge dans le domaine de la planification familiale était envisagée chez les parturientes ayant fait un HRP dans le but non seulement d'espacer les naissances mais aussi de pouvoir explorer la fonction rénale dans le post-partum. A ce titre, 24,2% des patientes étaient sous implants Norplant, 16,1% sous contraception injectable et 3,2% avaient subi une ligature section des trompes.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1. Aspects médicaux et épidémiologiques

L'hématome rétroplacentaire a toujours été une pathologie préoccupante au Sénégal comme en témoignent les études antérieures menées au CHU Le Dantec. Selon Corrêa (3), une prévalence de 0,73% a été observée en 1982 et Diallo retrouve 2,44% en 1988 (4). Cette fréquence de l'HRP continue

d'augmenter comme l'atteste notre étude 4,3% par rapport à l'ensemble des patientes reçues à la clinique de gynéco-obstétrique. Cette fréquence est corroborée par celle observée par Dumont (5) qui trouve 4,2 % à St Louis au Nord du Sénégal.

Plusieurs facteurs favorisants ont été incriminés dans la survenue de l'HRP. Selon certains auteurs, l'âge avancé de la mère a été identifié comme facteur. Ainsi, Corrêa rapporte 39,5 % de patientes âgées de plus de 30 ans (3). De même, Thoulon (7) trouve un taux de 51% de femmes âgées. Notre taux de 43,5% retrouvé chez les patientes de plus de 30 ans est corroboré par une étude antérieure faite au CHU de Dakar, où Diallo (4) trouve 42,7 % de patientes âgées de 30 ans et plus. Cependant, les adolescentes occupent une place non négligeable avec 6% dans notre série et 6,7 % selon Diallo (4).

La multiparité a été également incriminée comme facteur favorisant l'HRP. Diallo (4) dans sa série décrit que 44,33 % des patientes ayant fait un HRP avaient une parité supérieure à 5. Notre étude bien que mettant évidence une fréquence élevée de patientes ayant une parité supérieure à 5 (26,2 %) révèle une fréquence plus élevée chez les primipares avec 33 %. Cette proportion élevée de primipares reste supérieure à celle observée par Diallo qui retrouve 14,6 % de primipares.

L'hypertension artérielle, aussi, facteur prédisposant, a été retrouvée dans notre série avec 20 % de toxémie et 17,1 % d'hypertension artérielle antérieure à la grossesse. Ce facteur a été également décrit par Dumont (5) et Diallo (4). L'élévation de la pression diastolique supérieure à 95 mm Hg au cours de l'hypertension artérielle serait responsable selon Lang (6) de la mort fœtale très fréquente dans l'HRP ((83,8 % de mort fœtale diagnostiquée dès l'admission dans notre série).

Le risque de survenue de l'HRP est également lié au mauvais suivi de la grossesse. En effet l'absence ou l'insuffisance de suivi prénatal et donc l'absence de diagnostic et de prise en charge correcte de toute hypertension artérielle au cours de la grossesse serait un facteur de risque entraînant la survenue de l'HRP comme l'ont souligné certains auteurs comme Dumont (5) et Colan (2).

2. Aspects Thérapeutiques

L'accouchement par voie basse est généralement la règle en cas de survenue d'HRP. Cependant, compte tenu des échecs de déclenchement, la césarienne pour sauvetage maternel a été pratiquée chez 11,6 % des patientes. Ce taux de césarienne reste inférieur aux données rapportées dans la littérature notamment par Dumont qui décrit un taux de 45 % de césarienne chez les patientes ayant fait un HRP. Cette pratique de césarienne d'urgence même en cas de mort fœtale pourrait expliquer le faible taux de mortalité maternelle de 2 % rapporté par

Dumont. Dès lors, la césarienne quel que soit l'état fœtal, occupe une place prépondérante dans la prise en charge des HRP.

La morbidité maternelle est fortement dominée par l'anémie aiguë liée à la spoliation sanguine. Cette anémie se manifestait encore dans les suites de couches comme l'a aussi constaté Dumont (5) dans sa série.

La prise en charge contraceptive dans le post partum immédiat devrait être plus systématique afin éviter la taccyparité mais aussi de permettre une exploration biologique et un suivi à long terme des parturientes ayant fait un HRP.

CONCLUSION

L'hématome rétroplacentaire reste une pathologie obstétricale préoccupante. Cette pathologie anciennement connue pathologie de la multipare tend à atteindre de plus en plus la primipare.

La spoliation sanguine importante et le retard à l'expulsion aggravent le pronostic entraînant une morbidité maternelle grave, d'où l'intérêt d'élargir les indications de césarienne pour hématome rétroplacentaire quel que soit l'état fœtal.

REFERENCES

1. AKPADZA K. BAETA S. NEGLOY., TELE V., HODONOU A.K.S 6 L'hématome rétroplacentaire (HRP) à la Clinique de Gynécologie-Obstétrique du CHU Tokoin-Lomé (Togo) de 1988 à 1992. Méd. Afr. Noire, 1996, 43, 6 : 342-347.
2. COLAN J.C., UZAN S - Hématome rétroplacentaire ou D.P.P.N.I Encycl. Méd. Chir. Paris, Obstétrique, 1985, 6, 5071 A10.
3. CORREA P., BAH M. D., BERTHE M. A., DIAB A.E - L'hypertension artérielle au cours de la gravidité-puerpéralité chez l'Africaine. Dakar Médical, 1988, 27, 1 : 59-167.
4. DIALLO D., NDIAYE P. A., DIOUF A., FAYE.O., TRRAORE B., DIADHIOU F. Dakar Médical, 1997, 42, 1 : 59-62.
5. DOUMONT A., DE BERNIS L., DECAM C., POLLET X. Indicateurs de coagulopathie intravasculaire disséminée (CIVD) dans les hématomes rétroplacentaires. Méd. Afr. Noire, 1996, 43, 6 : 332-339.
6. LANG T., DELAROCQUE E - Hypertension during pregnancy in africa and infants' health. A cohort study in an urban setting. J. Perinat. Med. 1993, 21, 13-24.
7. THOULON J.M. STEINER H.G - Le décollement prématuré du placenta normalement inséré et ses formes grave : à propos de 70 observations recueillies en série au cours d'une période de 9 ans. Gynéc. Obstét. Paris, 1970, 69, 4 : 325-346.